

Радецкая Л.Е., Занько Ю.В.  
Витебский государственный  
медицинский университет,  
г. Витебск

## Клиническая дифференциальная диагностика генитального эндометриоза

*Диагностика эндометриоза до настоящего времени представляет серьезную проблему для практического врача. В работе представлен анализ наиболее частых симптомов эндометриозной болезни при различных локализациях патологического процесса, эхоскопические критерии заболевания, особенности лабораторных исследований. Приводится таблица симптомной дифференциальной диагностики эндометриоза и хронического воспаления гениталий, которая позволяет врачу заподозрить наличие у больной предполагаемого диагноза как показания к углубленному обследованию с использованием инвазивных и современных визуальных методик.*

Генитальный эндометриоз впервые был описан в 1860 году и до 70-годов XX столетия являлся редким заболеванием. В последние 20 лет отмечается экспансивный рост заболеваемости среди женщин экономически развитых стран, позволивший отнести эндометриоз к «болезням цивилизации». К настоящему времени эндометриоз занимает третье место в структуре гинекологической заболеваемости, поражая до 10-20% женщин репродуктивного возраста [2,9,17]. Более того, эндометриоз больше не является прерогативой менструирующих женщин, так как описаны случаи возникновения заболевания у девочек в возрасте до 10 лет (раньше менархе), активации процесса в постменопаузе. Однако, несмотря на неугасающий интерес к нему ученых во всем мире, эндометриоз остается загадкой и представляет серьезную проблему для исследователей и практических врачей. Продолжает расширяться география заболевания в организме: описаны случаи локализации эндометриозных очагов в легких, бронхах, пресакральном нерве, плевре и перикарде [17].

О том, что диагностика заболевания до настоящего времени представляет серьезную проблему для практического врача, говорит тот факт, что, по данным Международной Ассоциации эндометриоза, в Великобритании диагноз эндометриоза ставится в среднем через 8,0 лет после появления симптомов заболевания, в США – в среднем через 11,7 лет

[13,15]. Целью данной работы явилась систематизация диагностических признаков, на основании которых практикующий врач может заподозрить у больной наличие эндометриоза и провести целенаправленное обследование пациентки.

Эндометриоз может быть представлен наличием эктопических разрастаний эндометрия на париетальной или висцеральной брюшине малого таза, и, никак не проявляясь клинически, являться случайной находкой во время операции. В этом случае не следует рассматривать наличие гетеротопий как заболевание. По мнению многих авторов [16,18], это явление может быть физиологическим феноменом, не требующим лечения. В ряде случаев указанные очаги могут самостоятельно исчезать. При этом следует помнить, что очаги эндометриоза в брюшной полости, наряду с классическими гетеротопиями «шоколадного» цвета, могут иметь вид красных и даже непигментированных белых участков. При наличии выраженной клинической симптоматики, такой как сильный болевой синдром, анемизирующие кровотечения, бесплодие, нарушения нормального функционирования многих органов и систем, следует выставлять диагноз «эндометриозная болезнь» и проводить соответствующее лечение.

Наиболее частыми симптомами эндометриоза являются: боли в период менструации (дисменорея) у 96% больных, повышенная утомляемость, слабость у 87%, маточные кровотечения у 65%, диспареуния у 64%, диарея, кишечные боли, вздутие живота, тошнота накануне и во время менструации у 58-65%, головные боли и головокружение во время менструации у 63%, периодические приступы сердцебиения у 86%. Бесплодие встречается у 43% больных наружным эндометриозом. Каждая третья больная отмечает периодически возникающий субфебрилитет, боли при мочеиспускании, кандидоз влагалища. Интенсивность болей при менструациях настолько велика, что 79% женщин в период менструации были не способны выполнять никакую работу, включая домашнюю. У каждой четвертой из них этот период полной нетрудоспособности продолжался более суток (от 2 до 6 дней).

Средний возраст возникновения заболевания составляет 32-34 года. Однако у 57,6% па-

циенток эндометриоидное поражение матки развивается после 35 лет. При этом каждые роды как бы «отодвигают» время развития заболевания в среднем на 5 лет. Так, у нерожавших женщин эндометриоз развивается в среднем в возрасте  $24,5 \pm 5,6$  года. У женщин, имевших одни роды в анамнезе – в  $30,7 \pm 7,6$  лет, двое родов увеличивают возраст появления первых симптомов эндометриоза до  $34,2 \pm 6,2$  лет, а трое – до  $42,5 \pm 5,9$  лет. Таким образом, наличие родов в анамнезе не исключает развитие эндометриоидной болезни, как ранее считалось, а, оказывая защитный эффект, пролонгирует здоровый период жизни женщины. Это подтверждает мнение о существовании врожденной предрасположенности к развитию эндометриоза. Отсутствие беременности является предрасполагающим фактором к раннему возникновению симптомов заболевания.

Анализ социально-производственных характеристик жизни 308 пациенток позволил установить, что жительниц города среди них было 85,9%, сельской местности – 14,1%. Служащие составили 72,1%. Обращает внимание, что только у 7,1% больных имелась работа, связанная с постоянной физической нагрузкой. Только одна из 43 жительниц сельской местности работала животноводом, остальные женщины являлись служащими (работницами детских учреждений, сельских Советов, бухгалтерий и т.д.). Женщины рабочих профессий, как правило, имели малоподвижную работу с низкой физической активностью и высокой напряженностью труда (работа на конвейере, за компьютером и т.д.). Каждая две из трех пациенток отмечали наличие многочисленных стрессовых ситуаций, эмоциональных нагрузок дома или на работе. То есть, предрасполагающим фактором к развитию эндометриоидной болезни следует считать наличие дисбаланса между низкой физической и высокой интеллектуальной или эмоциональной активностью. К факторам риска развития заболевания следует также отнести наличие в анамнезе оперативных вмешательств, имевших место у 33,8%, зачастую неоднократных (7,1%), а также повторные неоднократные курсы противовоспалительного лечения. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями являются: нейро-циркуляторная дистония, преимущественно по гипотензивному и смешанному типу (24,6%), лекарственные и пищевые аллергии (22,1%), патология желудочно-кишечного тракта (39,5%) – хронический гастрит с пониженной секреторной активностью, хронический холецистит, хронический колит. Из гинекологических заболева-

ний у этих больных чаще других встречаются хронический аднексит (18,2%) и миома матки (17,3%).

В настоящее время эндометриоз классифицируется по локализации очагов. Эндометриоз матки называют внутренним, других органов – наружным. Разделять наружный эндометриоз на уточняющие локализации (эндометриоз яичников, брюшины малого таза, крестцово-маточных связок и др.), на наш взгляд, нецелесообразно, так как исчерпывающая визуализация очагов практически невозможна даже при проведении лапаротомии и, поэтому, при обнаружении эндометриоидных гетеротопий, например, на яичнике, никогда нельзя быть уверенным в их отсутствии на брюшине, кишечнике или в толще клетчатки малого таза. Обоснованность классификации на внутренний и наружный объясняется некоторым различием их клинической картины.

Для внутреннего эндометриоза характерны нарушения менструального цикла в виде гиперполименорей – 90,2%. Ритм менструаций, как правило, сохранен, задержки не характерны, продолжительность менструального цикла, как правило, идеальна –  $27,7 \pm 2,4$  дней. Наступая в срок, менструации протекают очень обильно, у 5,5 – 25,7% требуют оперативного гемостаза. В отличие от миомы матки при эндометриозе, как правило, не все менструации протекают одинаково: очень обильные могут чередоваться с умеренными, затем вновь сменяться обильными, причем кровотечения возникают без всякой видимой причины и регулярности. Провоцировать обильное течение месячных могут стрессовые ситуации. Наряду с обильными продолжительными менструациями для эндометриоза тела и шейки матки характерны скудные кровянистые выделения, возникающие за 3-10 дней до менструации. Для кровотечений при внутреннем эндометриозе характерно, что обычная гемостатическая терапия с использованием внутривенного введения хлористого кальция, как правило, не оказывает гемостатического эффекта, а в ряде случаев, напротив, вызывает усиление кровотечения. Гемостаза же удается добиться при местном введении антагонистов кальция (верапамила). Несмотря на то, что постоянные кровопотери имеют место у 90,2% пациенток, анемия развивается только у 20,5%, а гемоглобин ниже 90 г/л отмечается у 5,9% женщин. У многих больных бывает ощущение тяжести внизу живота, связанное, вероятно, с застойным полнокровием матки в этот период. Болевой синдром для эндометриоза матки не характерен, более того, при наиболее сильных кровотечениях болей обычно не бывает. Раз-

мер матки изменяется в отличие от миомы незначительно, и у 71,4% больных не превышает 5-6 недель беременности. Наблюдается циклическое увеличение матки в размерах, иногда

на 2-3 недели беременности. Размеры матки по данным ультразвукового исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1. Динамика размеров матки больных внутренним и наружным эндометриозом по данным эхоскопии,  $M \pm s$

Размеры матки	Внутренний эндометриоз		Наружный эндометриоз	
	фаза менструального цикла		фаза менструального цикла	
	I	II	I	II
длина, мм	55,6 $\pm$ 7,3	67,6 $\pm$ 8,4*	50,0 $\pm$ 4,3	64,8 $\pm$ 3,8*
передне-задний размер, мм	40,6 $\pm$ 5,7	50,5 $\pm$ 5,1*	34,0 $\pm$ 4,9	46,5 $\pm$ 7,7*
ширина, мм	51,9 $\pm$ 6,4	63,2 $\pm$ 9,0*	48,2 $\pm$ 4,6	47,8 $\pm$ 10,2

Примечание. I – фолликулиновая фаза менструального цикла  
II – лютеиновая фаза менструального цикла  
\* – достоверность различий в сравнении с I фазой

При наружном эндометриозе наиболее частым симптомом являются боли, которые больные описывают как резкие, острые, распирающие, жгучие и др. Однако какими бы сильными не были эти боли, для них, как правило, характерна четкая локальность – больная эндометриозом всегда может указать точное место локализации болей – они точечные, как правило, соответствуют локализации очага и стабильно фиксированы из месяца в месяц. Интенсивность болей при эндометриозе колеблется от полного отсутствия их до очень сильных, вынуждающих принимать обезболивающие средства, зачастую в эти дни полностью лишаящих женщину трудоспособности, и в ряде случаев вынуждающих пациентку подвергаться оперативному лечению. В ряде зарубежных клиник с целью лечения болевого синдрома прибегают даже к пресакральной неврэктомии. После прекращения болей трудоспособность восстанавливается быстро, однако эти больные продолжают жаловаться на слабость, утомляемость, раздражительность и т.д. Перед началом или в период болевого приступа могут возникать головные боли, вздутие живота и различные по интенсивности и локализации кишечные боли, прокталгии, цисталгии и т.д. Обратив внимание на вышеуказанную характеристику болевого синдрома, практикующий врач сразу может заподозрить наличие у больной эндометриоза, так как при воспалительном процессе гениталий боли, как правило, имеют совершенно другой характер – они тупые, ноющие, не локализованные (болит весь низ живота), боли иррадиируют в крестец, паховые области, влагалище, усиливаются после переохлаждения.

При локализации эндометриоза в области крестцово-маточных связок и ретроцервикальной области беспокоят боли

при половом сношении и акте дефекации. Боли при эндометриозе, как правило, имеют четкую связь с менструальным циклом: они появляются или усиливаются накануне и во время менструации. Еще одним дифференциально-диагностическим признаком эндометриоза может служить усиление болей и ухудшение общего состояния после тепловых процедур, особенно грязелечения, и стрессовых ситуаций, в то время как для воспалительного процесса гениталий характерна активизация процесса после переохлаждения.

Обращает на себя внимание картина крови при эндометриозе. Результаты клинических обследований у этих больных не имеют резких отклонений от нормы, и зачастую из уст этих пациенток можно слышать фразу: «Анализы у меня всегда хорошие». Однако при более внимательном прочтении в общем анализе крови можно уловить некоторые особенности.

Как видно из представленных в таблице данных, для этих больных, несмотря на наличие обильных кровотечений, характерны нормальные показатели гемоглобина, эритроцитов и СОЭ. По-видимому, это можно рассматривать как проявление сохраненной функциональной активности роста красной крови. Как известно, морфологический состав белой крови, отражая сложные нейроэндокринные изменения, происходящие в организме, может использоваться для оценки состояния общей неспецифической резистентности организма. Увеличение у этих больных числа лимфоцитов и лимфоидно-сегментоядерного коэффициента, отмеченное у 56,1% больных эндометриозом, является признаками напряжения неспецифической адаптационной резистентности организма – реакции активации. По данным Л.Х.Гаркави и соавт. [3], при наличии выраженных элементов напряженности реак-

ции появляются признаки нарушения самочувствия (раздражительность, апатия, нару-

шения сна, плохое настроение), что и наблюдается у больных эндометриозом.

Таблица 2. Гемограммы больных эндометриозной болезнью, хроническими воспалительными заболеваниями гениталий (ХВЗГ) и здоровых женщин,  $M \pm s$

	Больные эндометриозом	Больные ХВЗГ	Здоровые женщины
Гемоглобин, г/л	131,1±16,5	135,4±11,5	132,0±8,9
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,31±0,62	4,04±0,45	4,39±0,31
СОЭ, мм/ч	8,9±3,1	10,1±3,4	8,4±4,9
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	6,56±1,43	6,34±1,32	6,30±1,14
Эозинофилы, %	4,01±2,47	3,01±2,16	2,90±2,14
Палочкоядерные лейкоциты, %	2,00±1,00	1,69±0,83	1,47±1,03
Лимфоциты, %	37,50±7,16•	22,96±5,04	29,37±6,77
Сегментоядерные нейтрофилы, %	51,06±8,11•	66,82±6,46	59,65±7,66
Лимфо-сегментоядерный коэффициент	0,77±0,40•	0,35±0,02	0,51±0,20
Моноциты, %	6,17±1,85	6,89±0,36	6,32±2,22

• – достоверность различий в сравнении со здоровыми

Ценным диагностическим методом является эхоскопическое исследование. Для внутреннего эндометриоза характерна шаровидность матки, увеличение передне-заднего размера последней и асимметричное утолщение одной из стенок [1], неоднородность, ячеистость миометрия, в котором обнаруживаются точечные или мелкокистозные структуры, нечеткость заднего контура матки, извилистость границы между эндо- и миометрием. При узловой форме аденомиоза в толще миометрия визуализируются узлы неоднородного строения неправильной формы без четких контуров. Эндометриозные кисты яичников при эхоскопии имеют вид чаще однокамерных образований с размытыми внутренними контурами и наличием эхопозитивных включений, которые представляют собой свертки крови и нити фибрина. При мелкоочаговом эндометриозном поражении яичника последний может терять четкость контуров, отмечается неоднородность структуры, появление кистозных (жидкостных) включений. У 55,6% больных эндометриозом патологические изменения яичников при ультразвуковом исследовании отсутствуют. Однако, пожалуй, наибольшей диагностической ценностью обладает изменение размеров матки и яичников перед началом и после прекращения менструации (см. таблицу 1). В целом точность эхоскопической диагностики внутреннего эндометриоза составляет 88,7% [1, 7].

Так как наиболее часто в повседневной работе практический врач сталкивается с необ-

ходимость дифференцировать эндометриозную болезнь и хронические воспалительные заболевания гениталий, мы предлагаем сводную таблицу симптомной дифференциальной диагностики указанных заболеваний, на основании которой врач может заподозрить наличие у больной предполагаемого диагноза как показания к углубленному обследованию с использованием инвазивных и современных визуальных методик (табл. 3).

При наличии клинической симптоматики, подозрительной на эндометриоз, а также при отсутствии эффекта от лечения хронических воспалительных заболеваний придатков матки следует расширять показания для производства лапаро- и гистероскопии, которые позволяют поставить окончательный диагноз и подобрать адекватное лечение.

В последние годы неинвазивными альтернативами лапароскопии как «золотого стандарта» диагностики наружного эндометриоза признаются трансвагинальная эхоскопия и магнитоядерный резонанс. Данные методики обеспечивают высокую чувствительность при определении кистозных и узловых форм заболевания. Магнитоядерный резонанс в сравнении с эхоскопией более чувствителен для определения небольших узлов и может применяться для диагностики глубокого инфильтрирующего эндометриоза (в том числе ректо-вагинальной перегородки), иногда не видимого при лапароскопии.

Таблица 3. Симптомная дифференциальная диагностика эндометриоза и хронического воспаления гениталий

Клинические признаки	Эндометриоз	Хроническое воспаление гениталий
Характер болей	острые, распирающие	тупые, ноющие
Локализация болей	локализованные, больная четко указывает болевую точку	болит весь низ живота
Время возникновения (усиления) болей	перед менструацией, при стрессовых ситуациях, эмоциональных нагрузках	после переохлаждения, при интеркуррентных заболеваниях, во время менструаций
Иницирующие факторы	многочисленные стрессовые ситуации, неоднократные тепловые процедуры, оперативные вмешательства	перенесенное воспаление гениталий после аборта, родов, внутриматочных вмешательств, переохлаждения
Кровотечения	обильные менструации при сохраненном менструальном цикле	полименорея, олигоменорея, альгодисменорея
Изменения характера кровотечения при внутривенном введении хлористого кальция	не реагирует или усиливается	гемостатический эффект
Введение антагонистов кальция	гемостаз	отсутствие эффекта
Лимфоциты, %	37,50±7,16•	22,96±5,04
Сегментоядерные нейтрофилы, %	51,06±8,11•	66,82±6,46
Лимфо-сегментоядерный коэффициент	0,77±0,40•	0,35±0,02
Иммунологические показатели	стимуляция Т-клеточного иммунитета, активные Т-лимфоциты повышены, В-лимфоциты активированы, Т-супрессоры угнетены	иммунодефицит, функциональная активность Т- и В-лимфоцитов снижены, «активные» Т-лимфоциты снижены, Т-супрессоры активированы
Уровень эстрадиола в сыворотке крови	нормальный	пониженный
Уровень пролактина в сыворотке крови	часто повышен	нормальный
Сопутствующие заболевания	НЦД, хронический гастрит, хронический холецистит	частые ОРВИ, хр. тонзиллит и другие воспалительные заболевания
Размер образования	уменьшается после менструации	не изменяется в динамике менструального цикла
Отношение к противовоспалительному лечению, тепловым процедурам, грязелечению	ухудшение состояния и самочувствия или отсутствие эффекта	улучшение состояния и самочувствия
Периодические приступы сердцебиения	характерны	не характерны
Характер трудовой деятельности	работа связана с низкой физической и высокой интеллектуальной или эмоциональной активностью	работа связана с переохлаждением, высоким риском инфицирования

При наличии клинической симптоматики, подозрительной на эндометриоз, а также при отсутствии эффекта от лечения хронических воспалительных заболеваний придатков матки следует расширять показания для производства лапаро- и гистероскопии, которые позволяют поставить окончательный диагноз и подобрать адекватное лечение.

Таким образом, в многообразии и многоликости клинической симптоматики эндометриоза выявляются черты, которые позволяют уже при первичном обращении больной предположить и при целенаправленном обследовании своевременно поставить адекватный диагноз.

## Литература

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. Генитальный эндометриоз: Клиника, диагностика, лечение: Метод. рекомендации / Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. М., 1997. 31 с.
2. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. -2-е изд., испр. и доп.-Л.: Медицина, Ленингр.отделение, 1990. 240с.
3. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма.- Ростов н/Д: Из-во Ростовского ун-та, 1990. 224с.
4. Занько С.Н. Хроническое воспаление придатков матки (этиология, патогенез, лечение, профилактика). Автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.00.01/ Минск, 1998. 39с.
5. Радецкая Л.Е. Аутоиммунные механизмы патогенеза эндометриоза, лечение. Автореф. дис. ... канд мед. наук: 14.00.01/ Минск, 1988.
6. Радецкая Л.Е. Негормональный гемостаз при меноррагиях у больных эндометриозом матки /клинико-морфологическое исследование//Акт. Вопросы акушерства и гинекологии. Сб.н.тр.-Мн.,1998. С.114-117.
7. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агенство, 1997. 592с.
8. Справочник по акушерству и гинекологии/Вихляева Е.М., Кулаков В.И., Серов В.Н. и др. Под ред. Г.М.Савельевой.-2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1996. 384с.
9. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты. М.: Медицина. 1996. 330с.
10. Супрун Л.Я. Эндометриоз: Патогенез, лечение. - Минск: Беларусь, 1987. 127с.
11. Супрун Л.Я., Радецкая Л.Е., Дейкало Н.С. Роль психо-неврологической дезадаптации и изменений гормонального гомеостаза в генезе эндометриоза /Репродуктивная функция женщин Беларуси в соврем. экологических условиях. Сб.н.тр. 6 съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Беларуси.-Мн., 1997. С. 414-420.
12. Шинкарева Л.Ф., Сабсай М.И., Серебренникова К.Г. Восстановительное лечение больных генитальным эндометриозом. Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1989. 149 с.
13. Barlow D. // Int-J-Gynaecol-Obstet. 1999. V. 64, Suppl 1. P.15-21.
14. Donnez J. // Int. Journal Gynaecol. Obstet. 1999. V. 64 Suppl 1. P.5-13
15. Endometriosis Association Newsletter. V.19, N.12. 1998.
16. Evers J.L., Land J.A., Dunselman G.A. // Eur. journal Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1998. V. 81(2). P. 253-258
17. Giudice L.C., Tazuke S.I., Swiersz L //Journal Reprod. Med. 1998. 43(3Suppl). P.252-262.
18. Koninckx P.R. // Eur. Journal Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1998. V. 81(2). P. 259-271

**Вл.И.Дуда, О.И.Клыга**  
Кафедра акушерства  
и гинекологии №2 БелМАПО,  
г. Минск

## Функциональное состояние системы гипофиз-яичники у женщин в пременопаузе с учетом ее клинического течения и процессов трансформации эндометрия

*Отечественная и зарубежная литература содержит многочисленные обзорные материалы, отражающие этиопатогенез, методы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия. Однако проблема патологической трансформации эндометрия до настоящего времени остается актуальной, что объясняется высокой частотой ее встречаемости, рецидивирования и риском малигнизации.*

*Данная работа представляет собой результаты собственных исследований функционального состояния системы гипофиз-яичники у женщин в пременопаузе с уче-*

*том ее клинического течения и процессов трансформации эндометрия. Результаты приведенных в настоящей работе исследований свидетельствуют о важной роли в патогенезе гиперпластических процессов эндометрия, развивающихся в пременопаузе, дискоординации деятельности центральных и периферических эндокринных структур регуляции состояния репродуктивной системы. Коррекция этих нарушений является целью мероприятий по профилактике и лечению женщин с патологическим течением пременопаузального периода и гиперпластическими процессами эндометрия.*